

Aus Erfahrungen von Frauen mit chronischen Krankheiten lernen

Sophie Meyer^a, Thomas Abel^b

^a wissenschaftliche Assistentin; ^b Primary Investigator, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern

Patientinnen im Zentrum der Forschung und ihre Erfahrungen als Ausgangspunkt zur Verbesserung des Schweizer Gesundheitssystems: Das ist der Ansatz der Studie «*Migrant Women's Health Care Needs for Chronic Illness Services in Switzerland*» (MIWOCA). Ziel der multimethodischen qualitativen Studie war es anhand *patient-reported experiences* aufzuzeigen, wie chronisch kranke Frauen ihre Gesundheitsversorgung in der Schweiz erleben, verstehen und nutzen. Diese Daten wurden mehrfach angereichert und multi-methodisch analysiert und für die Praxis aufgearbeitet. Als Resultat liegt nun eine Liste von zehn konkreten Empfehlungen für die Verbesserung des Zugangs zu und der Qualität von Gesundheitsdiensten für bisher unterversorgte Gruppen vor. Erreicht wurde dieses Ziel in Zusammenarbeit mit der Université de Genève (Sandro Cattacin), der Universität Tübingen (Annika Frahsa) sowie der Koç University Istanbul (Sibel Sakarya).

Hintergrund

Gerechtigkeit in Gesundheit und der Gesundheitsversorgung sind Schlüsselkomponenten einer gerechten Gesellschaft. Die Schweiz verfügt über ein gutes Gesundheitssystem; dennoch ist der Zugang zur

Gesundheitsversorgung für verschiedene Bevölkerungsgruppen eingeschränkt. Deskriptive Daten weisen einerseits auf eine geringe Gesundheitskompetenz und andererseits auf eine potenzielle Über- und Unterversorgung bei Dienstleistungen bei einigen Einwanderer-Subpopulationen hin [1–3]. Darüber hinaus sind die Belastungen einer Krankheit besonders bei Migrantinnen hoch, und bei einigen Zuwanderungsgruppen ist die Wahrscheinlichkeit von chronischen Krankheiten höher als bei anderen [4]. Bis heute sind praktische Erfahrungen der betroffenen Patientinnen jedoch nur selten in die entsprechenden Problembeschreibungen eingeflossen, und Patientinnen sind selber auch kaum an der Erarbeitung von Lösungsansätzen beteiligt. «*Migrant Women's Health Care Needs for Chronic Illness Services in Switzerland*» (MIWOCA) hat sich daher zum Ziel gesetzt, aus den Erfahrungen von Frauen mit chronischen Krankheiten und Migrationserfahrung zu lernen. Amartya Sens wegweisender Befähigungsansatz [5] hat das Projekt theoretisch gerahmt und Levesques Modell des Zugangs zur Gesundheitsversorgung [6] wurde operationalisiert.

Methoden

MIWOCA war eine multimethodische qualitative Studie, die sich auf vier Datenquellen abstützte:

1. Qualitative halbstrukturierte Interviews mit chronisch kranken Frauen mit (und ohne) Migrationshintergrund,
2. Qualitative halbstrukturierte Interviews mit medizinischen und sozialen Fachpersonen (n = 12),
3. Fokusgruppen mit interviewten Frauen und
4. Stakeholder-Dialoge zur Entwicklung einer Liste von Empfehlungen zur Verbesserung des Zugangs zu und der Qualität von Gesundheitsversorgung.

Den Ausgangspunkt legten Interviews mit Frauen aus Deutschland (n = 12), der Türkei (n = 12), aus Portugal (n = 12) und der Schweiz (n = 12), die in Genf und Bern geführt wurden. Die Gruppe der Teilnehmerinnen war heterogen in Bezug auf Alter, Dauer des Aufenthaltes in der Schweiz, des sozioökonomischen Status und Bildungsniveaus sowie der Krankheitsarten und Vorgeschieden. Zusätzlich wurden Interviews mit gebürtigen Schweizerinnen geführt,

Reihe: Projekte des Nationalen Forschungsprogramms NFP 74 «Smarter Health Care»

Der vorliegende Text fasst die wichtigsten Ergebnisse des Projekts Nr 1 «Aus den Erfahrungen von Migrantinnen lernen und die Gesundheitsversorgung verbessern» von Prof. Dr. Dr. Thomas Abel von der Universität Bern zusammen. Dieses Projekt ist eines von insgesamt 34 geförderten Projekten des NFP 74 des Schweizer Nationalfonds. Ziel des NFP 74 ist es, wissenschaftliche Grundlagen für eine gute, nachhaltig gesicherte und «smarte» Gesundheitsversorgung in der Schweiz bereitzustellen.

Informationen: nfp74.ch



Smarter Health Care
National Research Programme



Thomas Abel, Sophie Meyer, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern.

um eher generalisierbare Bedingungen chronisch kranker Patientinnen (d.h. Belastungen, Barrieren, Ressourcen und Strategien) von solchen zu unterscheiden, die spezifischer sind für Menschen mit Migrationshintergrund.

Nach der Analyse der Interviews mithilfe der ATLAS.ti-Software und unter Anwendung der Dimensionen des Levesque-Modells [6] wurden die Ergebnisse anschliessend in Fokusgruppen mit den Teilnehmerinnen (n=15) gemeinsam diskutiert. Schliesslich nahmen

sie als Stakeholder auch an den Stakeholder-Dialogen teil. Zurückgreifend auf die systematisch erhobenen Daten wurden in drei Stakeholder-Dialogen in sechs Handlungsfeldern zehn konkrete Aufgabenbereiche mit bestehenden Mängeln und Herausforderungen identifiziert. Diese wurden in den Stakeholder-Dialogen mit Vertreterinnen der Studienteilnehmerinnen (Patientinnen), Haus- und Fachärzt/-innen, Vertretenden der Krankenversicherungen, Patient/-innenverbänden, mit unterschiedlichen NGOs,

dem Bundesamt für Gesundheit, der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, dem Staatssekretariat für Migration sowie der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe systematisch und deliberativ aufgearbeitet.

Resultate

Zwei erstellte *Literature Reviews* (in Vorbereitung zur Publikation) lieferten eine fundierte Basis für die ideale Planung der Interviews mit den Gesundheitsberufen sowie zur Durchführung der partizipativen Planung. Ferner wurden sowohl *patient-reported experiences* (PREs) als auch die Patientinnenbeteiligung erfolgreich in jeden Schritt des Prozesses der Wissensproduktion integriert – so wurde Stimmen Gehör verschafft, die in Diskussionen über Gesundheitssysteme sonst oft an den Rand gedrängt werden. In den Stakeholder-Dialogen wurden gezielt mögliche Wege der Integration vorhandener Ressourcen und Strategien der Frauen in die Gesundheitsdienste erarbeitet. Die aus den Stakeholder-Dialogen entstandenen Empfehlungen enthalten in der ausführlichen Form Massnahmen, wie die Kommunikation zwischen chronisch erkrankten Migrantinnen und den Gesundheits- und Sozialdiensten verbessert werden kann, wie die Ressourcen und Strategien dieser Frauen in für diese spezifische Gesundheitsdienste integriert werden

MIWOCA-Empfehlungen

Zehn Empfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit chronischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von Patientinnen mit Migrationserfahrung.

1. Niedrigschwellige Informationsangebote sollen in Gemeinden und Quartieren gefördert werden.
2. Der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen soll bei Patient/-innen mit chronischen Erkrankungen vereinfacht werden.
3. Die Kommunikation zwischen Gesundheitsprofessionen und Patient/-innen mit chronischen Erkrankungen soll verbessert werden.
4. Bei Erstgesprächen sollen biographische Elemente im Vordergrund stehen.
5. Partizipation, Wissen und Kompetenzen von Patient/-innen mit chronischen Krankheiten sollen in konkreten Versorgungssituationen gefördert werden.
6. Selbsthilfe- und Erfahrungsgruppen sollen gefördert werden.
7. Die Regelstrukturen sollen eine integrierte interprofessionelle Versorgung so fördern, dass soziale, psychologische, biomedizinische und Umwelteinflüsse berücksichtigt sind.
8. In integrierten Versorgungssystemen soll die Begleitungskompetenz gefördert werden, insbesondere die von Hausärzt/-innen.
9. Gemeinden sollen ein sozial-unterstützendes und gesundheitsförderliches Umfeld auf Quartiersebene stärken.
10. Für Gesundheits- und Sozialberufe sollen mehr und gezieltere Weiter- und Ausbildungsangebote geschaffen werden.

Kommentar

«Für mich als Hausarzt habe ich mitgenommen: Es ist eindrücklich, wie biografische Elemente und Verständigungsprobleme einen grossen Einfluss auf die Behandlung von zum Beispiel Schmerzen oder Diabetes haben. Warum also nicht eine Übersetzung organisieren? Angehörige einbeziehen? Ja, die TARMED-Limitationen kommen als Rückmeldung, aber hier investieren wir nicht nur Zeit in ein Krankheitsverständnis, sondern legen die Grundpfeiler für eine vertrauensvolle Begleitung. Wenn wir wollen, dass wir als Hausärzte bei BAG, Versicherern, SRK, Gemeinden etc. gehört werden, müssen wir uns Zeit nehmen für Projekte wie MIWOCA, dankbar sein, wenn unsere Stimme auch willkommen ist und wir uns alle konstruktiv gemeinsam einen Schritt weiterbringen. Und wussten Sie, dass Quartierarbeit Sie dabei unterstützen könnte? In Bern beispielsweise der Verein Berner Gemeinwesenarbeit VBG.»

Prof. Sven Streit, Hausarzt Konolfingen und Leiter Interprofessionelle Grundversorgung, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) und Teilnehmer an den MIWOCA Stakeholder-Dialogen.

können, und wie die Rolle von Allgemeinärztinnen und -ärzten sowie interprofessionellen Betreuenden im Management von chronischen Krankheiten gestärkt werden kann (die ausführlichen Empfehlungen sind in DE, FR und EN zu finden unter: www.miwoca.ch). Darüber hinaus liefert der MIWOCA POLICY BRIEF Möglichkeiten der Verbesserungen von Gesundheitssystemen, um Bedürfnisse und Bedarfe von Migrantinnen besser decken zu können (MIWOCA POLICY BRIEF: www.miwoca.ch; SocioBrief n°3a / 2020: <https://www.unige.ch/sciences-societe/socio/fr/publications/sociobrief>). Es liegt nun eine Liste mit konkreten Möglichkeiten vor, die helfen können, den Zugang zu und die Qualität von Gesundheitsdiensten für bisher unterversorgte Gruppen zu verbessern (s. Kasten).

Diskussion

MIWOCA war eine der ersten Studien in der Schweiz, die PREs zur Analyse der Gesundheitsdienste und des Gesundheitswesens einsetzte, um Bedürfnisse von Migrantinnen mit chronischen Krankheiten zu untersuchen. In MIWOCA wurden die Patientinnen ganzheitlich als aktive Akteurinnen im Gesundheitssystem verstanden: Sie sind sowohl Nutzerinnen von als auch Beitragende zur Gesundheitsversorgung. Durch ihr Erfahrungswissen und ihre Muster der differenziellen Nutzung von Angeboten sind sie *active agents* im System: Sie sind Ko-Produzentinnen ihrer eigenen Gesundheit einerseits und der Gesamtleistung des Gesundheitssystems andererseits. Darauf

aufbauend richten sich die Empfehlungen an Personen, die in der gesundheitlichen Versorgung, der Pflege oder in der sozialen Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen tätig sind. Dazu gehören die entsprechenden medizinischen und sozialen Berufsgruppen, Entscheidungsträger und Institutionen im Gesundheitswesen, Freiwilligenorganisationen, Selbsthilfegruppen und weitere.

Literatur

- 1 Guggisberg J, Gardiol L, Graf I, et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II) in der Schweiz, Schlussbericht. Bern: BAG.
- 2 Ackermann Rau S, Sakarya S, Abel T (2014). When to see a doctor for common health problems: distribution patterns of functional health literacy across migrant populations in Switzerland. *International journal of public health* 2014;59(6):967–74.
- 3 Bieri U, Kocher JP, Gauch C, et al. (2016). Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015». Bern: gfs.bern.
- 4 GMM II (2010). Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- 5 Sen A. (1999). *Commodities and Capabilities* (2nd ed.). Delhi: Oxford University Press.
- 6 Levesque J, Harris MF, Russell G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 12, 18: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Korrespondenz

Für das Projekt:

Sophie Meyer

Wissenschaftliche Assistentin,
Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern
[sophie.meyer\[at\]ispm.unibe.ch](mailto:sophie.meyer[at]ispm.unibe.ch)

Für das Programm:

Heini Lüthy

Verantwortlicher Medienarbeit des NFP 74 www.nfp74.ch
Tössfeldstrasse 23
CH-8400 Winterthur
[hl\[at\]hluethy.ch](mailto:hl[at]hluethy.ch)